Opłata pocztowa uiszczona ryczałtem.

№ 9. *Warszawa, Wrzesień 1930 r.* *Rok XXVI.*

PRZEGLĄD FELCZERSKI

OFICJALNY ORGAN CENTR. ZWIĄZKU FELCZERÓW RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ.

Choroby zakaźne wieku starszego.

Obraz kliniczny, oraz przebieg wielu chorób zakaźnych są odmienne u osób wieku podeszłego, aniżeli u osób młodszych. Ostre choroby wysypkowe występują u osób starych rzadziej, inne zaś procentowo tak samo często jak u osób młodych. Tworzenie się ciał odpornościowych jest odmienne, czasem ich brak zupełnie u osób starczych. Poprzednio przebyte choroby zakaźne mogą spowodować, że objawy chorobowe nowego zakażenia występują w postaci osłabionej. Aparatura wydalająca pracuje u starego osobnika o wiele słabiej i mniej dokładnie, też powoduje, że jady pozostają dłużej w ustroju, aniżeli u młodych, u których te narządy sprawnie funkcjonują. Większość chorób zakaźnych powoduje u osób starych, już na samym początku, ciężkie zapaście. We wszystkich tych cierpieniach należy się obawiać zapalenia płuc, a przy długotrwającej sprawie osłabienia serca. Większość chorób zakaźnych ma zatem przebieg ciężki, o wyjątkach będę mówić poniżej. Czas trwania sprawy chorobowej jest zwykle przedłużony, czasami przebiega przewlekle, okres zdrowienia przeciąga się również dłużej, aniżeli to ma miejsce u młodszych. Cierpienia te pozostawiają po sobie zwykle następujące dolegliwości: stany wyczerpania, zaburzenia w krążeniu, utrata łaknienia, oraz dołączający się zwykle stan postępującego wyniszczenia ustroju. Dotychczasowe uwagi tyczą się w ogólności wszystkich chorób zakaźnych, poniżej omówimy poszczególnie choroby, oraz ich ustosunkowanie się do wieku starczego.

Ostre choroby wysypkowe są w wieku starczym rzadkie. Przyczyną tego jest przebycie tych chorób we wcześniejszych okresach życia.

Odra i szkarlatyna mają z reguły ciężki przebieg; utarte ogólne mniemanie jakoby te cierpienia powodowały większą śmiertelność, aniżeli

u młodszych jest niesłuszne. Z powikłań w przebiegu tych chorób zasługuje na uwagę ciężkie zapalenie oczu, które mogą zupełnie zropieć. Po szkarlatynie obserwowano również i u starych zapalenie nerek. Wysypka nie jest typowa dla tych cierpień. Wysypki obu tych cierpień bywają często nieodróżniane od wysypek lekowych i od wysypki w przebiegu spraw posocznicowych, dlatego też wywiady o przebytem już cierpieniu mogą nam wątpliwości zawsze usunąć.

Świnka jest chorobą wieku młodego. Obrzęk przyusznic u osób starych jest zawsze oznaką poważnego cierpienia. Może być wyrazem sprawy posocznicowej, czasami występuje jako powikłanie rozpadającego się nowotworu jelit, lub może być oznaką ciężkiej choroby krwi.

Koklusz. Istotny koklusz jest b. rzadkiem cierpieniem w wieku starczym, natomiast ostre zapalenie gardła z kaszlem kokluszowym występuje dość często w tym wieku. Trwa zwykle kilka tygodni, brak przytem wymiotów. U osób starych kryzy gardlane tabetyczne są bardzo podobne do obrazu kokluszu.

Dyfteryt występuje w wieku starczym b. rzadko. Gdy stwierdzamy naloty podobne do dyfterytycznych na migdałach lub w ich otoczeniu należy myśleć o anginie Plaut - Vincenta lub też o ostrej białaczce, które zaczynają się zwykle nekrotyczną anginą.

Czerwonka jest dość częstem cierpieniem podczas epidemji u starców. Z reguły zaczyna się zapaścią, która w większości przypadków szybko mija. Przebiega zwykle z wysoką gorączką. Obraz kliniczny jest dość typowy, choć u niektórych brak zupełnie parcia, cechujące to cierpienie. Śmiertelność jest bardzo duża, wynosi 50%. Aby nie pomylić tego cierpienie z innemi, częstemi w tym wieku o podobnych objawach, jak nowotwór odbytnicy, zapalenie naokołoodbytnicze, kryz tabetycznych i uremji, należy zawsze badać odbytnicę palcem, oraz wykonać szereg dodatkowych badań, celem wykluczenia tych chorób.

Leczenie jest takie same jak u młodych. Surowica ma małe zastosowanie. Przepłukiwania jelit z gorącym ½% rozczynem Tanniny lub rozczynem Rivanolu (1 : 5000); do wewnątrz Calcaria carbonica (2 łyżeczki od kawy dziennie na wodzie lub mleku), Ipecacuanha, Uzara, przy silnych parciach Pulvis Doveri, mają dobry wpływ na przebieg choroby. Środków czyszczących niechętnie używamy, gdyż wywołują częściej zapaście. Od początku choroby baczną uwagę zwracamy na pracę serca podawając: Camforę, Cardiazd i Digitalis. Jako napój podajemy mocną herbatę, klej ryżowy, wodę z białkiem (2 razy dziennie świeżo przygotowane), odwar z jagód (słodzony sacharyną). Alkohol jest przeciwskazany w jakiejkolwiek postaci, gdyż wzmaga dolegliwości jelitowe.

Dur brzuszny. To cierpienie występuje dość rzadko w normalnych warunkach, nieco częściej podczas epidemji, częściowo dlatego, że część osób przebyła już to cierpienie w wieku młodym. Sposób zakażenia się jest ten sam co u młodych, przeważa jednak u starców, rodzaj zakażenia się od nosicieli. Godnym uwagi jest fakt, że u starców stwierdzamy b. często nosicieli prątków durowych, i to nawet w kilkanaście lat po przebytem cierpieniu. Im starszy jest chory, tem prawdopodobniejsze jest, że będzie nosicielem po wyzdrowieniu. Podczas epidemji należy się doszukiwać źródła zakażenia u osób starszych. Obraz kliniczny tego cierpienia jest b. różnorodny. Objawy takie, jak krwotoki z jelit, późna różyczka, ciężka furunkuloza, są w jednej epidemji częste, w drugiej rzadkie. Różyczka może być b. obfita i typowa w jednych przypadkach, w innych zaś może jej zupełnie nie być. U większości chorych nie stwierdza się powiększonej śledziony. Leukopenja ze względną limfocytozą, występuje w większości przypadków. Krzywa ciepłoty nie jest typową, i dlatego też podział na okresy jest dość trudny do przeprowadzenia na zasadzie krzywej ciepłoty. Okres gorączkowy trwa czasem b. krótko, czasem brak zupełnie podwyższonej ciepłoty—te przypadki zwykle kończą się niepomyślnie. Zwolnionego względnie tętna, typowego dla tego cierpienia nie stwierdzamy u starców. Dykrotyczne tętno z reguły nie występuje. Przytomność jest prawie zawsze zachowana, bredzenie nigdy nie występuje. Odleżyny tworzą się łatwiej niż u młodych, natomiast zmiany w jamie ustnej i gardzielowej (pleśniawki, owrzodzenia tyfusowe) przy dostatecznej opiece łatwe do zapobiegania. Zaparcie występuje częściej niż rozwolnienie. Odczyn zlepny Widala jest z reguły dodatni. Niskie wartości odczynów zlepnych (1 : 50) są djagnostycznie bez znaczenia, dopiero wzrost miana aglutacyjnego podczas choroby, lub też początkowo wysokie miano (1 : 300) u ludzi, którzy nie byli przeciw tyfusowi szczepieni, mają ważne znaczenie rozpoznawcze. Odczyn Widala występuje dopiero w 3 lub 4 tygodniu choroby.

Choroba ta zwykle trwa dość długo. W okresie zdrowienia są dość częste ropne powikłania, oraz inne cierpienia, rokowanie w takich przypadkach jest zawsze b. poważne. Śmiertelność wynosi ⅓ wszystkich przypadków chorobowych. Pod względem rozpoznawczym napotykamy na trudności, gdy mamy do czynienia z pojedyńczemi przypadkami, podczas epidemji zaś nie przedstawiają one wcale tych trudności. Leukopenja i odczyn Widala mogą nam rozpoznanie ułatwić. Jednorazowy odczyn zlepny nie wystarcza, w dodatku, jeżeli miano jego wynosi 1 : 100 lub też poniżej, jak to wyżej wzmiankowaliśmy. Wykazanie prątków durowych w stolcu, lub w treści dwunastniczej, lub też wyhodowanie go ze krwi chorego, jest zupełnie wystarczające do rozpoznania duru brzusznego. Bardzo często rozpoznanie jest postawione dzięki przypadkowi. Omówię to na

przykładach: I—starsza kobieta przybyła do szpitala z powodu odoskrzelowego zapalenia płuc, po kilku dniach przybył do tego samego szpitala jej wnuk z typowym tyfusem brzusznym. Oboje byli razem w jednem mieszkaniu poprzednio. U starszej kobiety nie stwierdzono żadnych objawów tyfusu, dopiero analiza stolca, oraz krwi potwierdziło rozpoznanie tyfusu. II—2-ch młodych osobników przybyło do szpitala z powodu tyfusu, ich gospodyni, starsza kobieta, zachorowała na ostre zapalenie oskrzeli. Nie stwierdzono u niej żadnych objawów tyfusowych. Dopiero bakterjologiczne badanie ustaliło rozpoznanie. Przy rozpoznaniu różniczkowem należy uwzględnić cały szereg chorób: sprawy posocznicowe, zapalenie wsierdzia, chroniczną posocznicę dróg moczowych u mężczyzn, chroniczne zapalenie dróg żółciowych, czasami rozpadający się nowotwór jelit, gruźlicę płuc starców, oraz prosówkę, gdyż te wszystkie sprawy mogą przebiegać podobnie do duru brzusznego u starców.

Leczenie — w pierwszym rzędzie należy dać choremu troskliwą opiekę. Codzienna kontrola miejsc skłonnych do odleżyn (krzyż, guzy biodrowe, łopatki, łokieć, stopa, pośladki) pozwalają uchwycić sprawę w zarodku.

Zmiana położenia chorego, tuszowanie alkoholem zaczerwienionych miejsc, luźne ułożenie stóp, może zaoszczędzić choremu niebezpieczne powikłanie. Należy sobie powiedzieć, że chorego tyfusowego trzeba codzień dokładnie zbadać. Rozpoczynającą się pleśniawkę w jamie ustnej usuwamy płukaniem (wodą utlenioną i 3% kwasem bornym). Niedodmę płuc zwalczamy zmianą położenia chorego. Inhalacje alkalicznemi wodami, oraz środki wykrztuśne również przyczyniają się do szybszego usuwania niedodmy płuc. Nawet przy dobrej sprawności serca zalecamy zwykle, celem wczesnego przerwania ewentualnej zapaści, regularne podawanie środków nasercowych (Digitalis, Strophantin, Ouabaine) w małych dawkach.

Przy krwotokach jelitowych wskazany jest bezwzględny spokój na przeciąg 24 godzin, do wewnątrz wówczas podajemy 5 razy dziennie po 6 kropel Opium, adrenalinę i coagulen podskórnie, oraz głodówka przez 24 godziny, usuwają przeważnie niebezpieczeństwo. Czyraki skórne winny być jaknajwcześniej przecięte, gdyż z nich tworzą się łatwo ropnie, które przy osłabionej odporności ustroju dochodzą do ogromnych rozmiarów. Zakrzepowe zapalenie żył udowych wymaga wysokiego ułożenia kończyn; to powikłanie występuje zwykle w końcu choroby, czasami dopiero w okresie zdrowienia. Wobec tego, że to powikłanie jest często powodowane zaleganiem kału w dolnych odcinkach jelit, przeto pożądane jest zbadanie odbytnicy na obecność kamieni kałowych.

Obrzmienie przyusznicy kończy się zwykle zropieniem, co jest złym znakiem prognostycznym. Wczesne przecięcie obrzmiałego gruczołu może uratować chorego od śmierci.

Zabiegi hydroterapeutyczne wymagają szczególnej ostrożności. Zimne obmywanie, zimne okłady i chłodne kąpiele nie są wskazane dla tych chorych, pogarszamy tem samopoczucie, i źle wpływa na serce. Najlepiej i najprzyjemniej jest choremu jeśli położymy mu u nóg termofor z ciepłą wodą.

Paratyfus w wieku straczym występuje tak samo często jak dur brzuszny. Najczęściej występuje Paratyfus C, choć spotykamy się również z postacią Paratyfusu A i Paratyfusu B. Zakażenie następuje przez spożycie zepsutych produktów spożywczych jak mięso, kiełbasa, ryba i t. p. Obraz kliniczny nie jest jednostajny. Spotykamy się najczęściej z czterema postaciami tego schorzenia. Może przebiegać jako zwykły katar żołądkowo-kiszkowy, lub jako typowy dur brzuszny, innym razem jako czerwonka lub jak cholera. Rokowanie w pierwszej postaci jest dobre, choć pozostawia na długi okres czasu silne osłabienie ustroju. W następnych 3 postaciach rokowanie jest niepomyślne.

Rozpoznanie możemy postawić tylko na zasadzie bakterjologiczno-serologicznych badań, podczas epidemji rozpoznanie jest łatwiejsze.

Leczenie tych postaci zależy od objawów. Jeśli cierpienie przebiega pod postacią żołądkowo-kiszkowego kataru, zalecamy niedrażniącą, papkowatą lub płynną dietę (zupy, mleko, jaja), płukanie jelit Tanniną. Postacie inne wymagają takiej samej diety. Swoistego leczenia niema, ograniczamy się tylko do objawowego.

Influenza. W przeciwieństwie do dotychczas omawianych chorób zakaźnych wieku starczego, grypa należy do cierpień częstych tego wieku. To zjawisko było obserwowane podczas szeregu epidemij, z wyjątkiem epidemji r. 1918.

Zarazek grypy jest dotychczas nieznany, odkryte zarazki przez różnych autorów, nie potwierdziły się w następnych epidemjach. Grypa przebiega najczęściej z wysoką ciepłotą przy objawach ze strony narządu oddechowego lub ze strony układu żołądkowo-jelitowego. Czasami dominuje obraz chorobowy układu nerwowego.

Zaczyna się dreszczami, oraz ciężkim stanem ogólnym, bez zlokalizowanych objawów. Często widzimy ciężkie anginy bez nalotów na migdałach, z chrypką i suchym kaszlem. Po 4—5 dniach początkowego okresu, mija kaszel, ciepłota podwyższona spada do normy, pozostawia natomiast ogromne osłabienie ze złem samopoczuciem i brakiem łaknienia. Po tym okresie następuje, albo powolna poprawa, albo po kilku dniach nawrót gorączki z objawami ze strony płuc. W tym okresie może się również tworzyć błoniaste zapalenie tchawicy w okolicy bifurcatio, cechujące się dotkliwym bólem w okolicy mostka. Objawy ze strony płuc narastają powoli, zjawia się przytłumienie, oddech oskrzelowy, wzmożenie

drżenia głosowego, trzeszczenia, oraz dodatni wynik rentgenologiczny. Zjawia się silny kaszel ze skąpą plwociną śluzowo-ropną lub krwisto podbarwioną. Podczas niektórych epidemij zaobserwowano krwioplucie, oraz krwotoki z nosa. Jeśli krwotok z nosa zjawia się na początku choroby, jest-to zły znak prognostyczny, jeśli zaś w późniejszym okresie choroby, to niema żadnego znaczenia. Akcja serca ulega zaburzeniu już na samym początku choroby. Czasami widujemy zwolnione tętno, czasami zaś przyśpieszone. Chorzy są b. skłonni do zapaści, podczas których często giną. U niektórych zjawiają się objawy zastoinowe z obrzękami. Z powikłań należy wymienić zropienie ognisk zapalnych w płucach, zapalenie opłucnej surowiczo-ropne lub krwawe, zapalenie osierdzia i zapalenie nerek.

Postać — żołądkowo-jelitowa tego cierpienia zaczyna się ostrą biegunką. Zapaście są częściej widywane w tej postaci, aniżeli w poprzednio omawianej. Przy długotrwałej biegunce dołączają się zwykle objawy ze strony płuc. Postać nerwowa grypy cechuje się zapaleniem mózgu, rdzenia, oraz nerwów obwodowych w postaci mono i polineurytów.

Przebieg choroby jest zmienny. W wielu przypadkach los chorego jest już na samym początku choroby przesądzony. Ostre gwałtowne formy w wieku starczym względnie rzadko występują, przeważnie widujemy postać bardziej przewlekłą, ślimaczącą się przez szereg tygodni.

Rokowanie jest w każdym przypadku poważne. W zależności od złośliwości epidemji śmiertelność jest większa lub mniejsza, zawsze jednak większa wśród starców, aniżeli wśród młodszych. W okresie zdrowienia grożą jeszcze choremu dwa niebezpieczeństwa — pierwsze — to zupełny brak apetytu, drugie — to wybitne osłabienie serca. Nawroty nie są rzadkie, szczególnie jeśli chory za wcześnie z łóżka wyszedł. Powikłanie płucne należy zawsze b. poważnie ocenić. Zapalenie mózgu prowadzi prawie u wszystkich do zejścia śmiertelnego.

Leczenie winno w pierwszym rzędzie uwzględnić stan serca. Należy przeto od samego początku choremu podawać Digitalis, Strophantus lub kofeinę. Korzystny wpływ wywiera strychnina 2 miligramy 2 razy dziennie podskórnie. W tym czasie też należy podać Transpulminę (2 razy dziennie podskórnie) lub preparaty kamforowe. Celem zwalczania gorączki podajemy preparaty salicylowe (Natr. salicylici, Aspirin, Diplosal, Atochinol) tylko w małych dawkach. Resztę objawów leczymy symptomatycznie.

Róża należy do najczęstszych chorób zakaźnych wieku starczego. Kobiety chorują częściej od mężczyzn.

Najczęstszym punktem wyjścia tego cierpienia jest rana na skórze, widujemy jednak róże u osób z nieuszkodzoną skórą. Róża dla osób mło-

dszych jest niezaraźliwą, dla starców zaś szczególnie dla osłabionych i żyjących w niehygienicznych warunkach, przedstawia wielkie niebezpieczeństwo. 2/3 przypadków róży u starców występuje na twarzy lub na owłosionej głowie. U bardzo starych osób przeważa postać umieszczona na kończynach. W większości przypadków wygląd róży jest następujący: skóra jest zaczerwieniona, świecąca, napięta, gorętsza od skóry normalnej, naskórek jest często pęcherzowato uniesiony, ostro odgraniczony od zdrowej skóry, nieco uniesione nad powierzchnią. Czasami widujemy różę bladą i dlatego trudniejsza do rozpoznania. Okoliczne gruczoły nie są jednakowo obrzmiałe.

Przebieg choroby jest przeważnie następujący: dreszcze, wysoka ciepłota, powolny spadek ciepłoty (litycznie) rzadziej krytycznie. Często występuje już na samym początku ciężki stan ogólny, chory jest zamroczony, serce zaś jest mało atakowane. Przeważnie starcy przerabiają to cierpienie bez specjalnego uszczerbku dla serca. Dopiero powikłania róży w postaci zropień lub róży wędrującej mogą doprowadzić do osłabienia serca. We krwi stwierdzamy zwykle leukocytozę.

Najczęstsze powikłania róży są: zapalenie płuc, zapalenie wsierdzia, zapalenie nerek i ropne sprawy, te ostatnie najczęściej się rozwijają przy róży kończyn.

Zaobserwowano następujące ropne sprawy w przebiegu róży: podskórne i rozlane ropnie, zropiałe zakrzepy żył i martwicowe zmiany obejmujące czasami duże przestrzenie. Ropnie powiek częściej występują niż u młodych.

Rokowanie jest zawsze poważne. 1/4 chorych zwykle umiera. Czas trwania choroby wynosi przeciętnie 4 tygodnie. Leczenie: okłady w 60% alkoholem lub z Liquor Burowii, tłuszczem wysmarować zmienioną skórę, 10—20% maść anaesthesynową łagodzimy zwykle ból i uczucie napięcia. Zalecane są od samego początku środki nasercowe, celem uniknięcia zapaści. Czasami daje się zauważyć po przebytej róży poprawę cierpienia nowotworowego.

Meningitis cerebrospinalis epidemica. Nagminne zapalenie opon mózgowych występuje w wieku starczym dość rzadko (zaledwie 5—10% wszystkich przypadków), przebiega jednak tak nietypowo, że łatwo może być nierozpoznane. Choroba ta jest wywołana przez zarazek zwany Meningococeus Weichselbaumi. Znamy 2 postacie tego cierpienia: 1° — to typ klasyczny ze wszystkiemi objawami. 2° — to typ starczy, który może przebiegać z nieznacznemi objawami (chorzy nie leżą nawet w łóżku), lub też gwałtownie, zapaścią, apopleksją, połowicznym porażeniem, lub przewlekle jako postępujące starcze otępienie.

Zapalenie opon mózgowych u osób starych ma wogóle skłonności do postępującego rozwoju przy nieznacznej gorączce. Sztywność karku jest najczęściej ledwie zaznaczona, objaw Kerniga natomiast jest już bardzo wcześnie zaznaczony. Tętno jest przez dłuższy czas częste, zaburzenia psychiczne zaczynają się prawie od początku schorzenia.

Rokowania jak w każdym przypadku poważne, umiera zwykle 80%.

Leczenie — częste nakłucia lędźwiowe, oraz wlewania do kanału surowicy meningokokowej łagodzą objawy chorobowe. Gorące opakowania tułowia łagodzą bóle. Należy dbać o dobre odżywianie chorego, gdyż to cierpienie szybko upośledza stan odżywienia.

Sepsis i Septicopyaemia. W wieku starczym punkt wyjścia procesów septycznych jest zgoła inny, aniżeli u ludzi młodych. Szczególnie często rozwijają się procesy septyczne po: gangrenie kończyn, zakażonym wrzodzie goleni, zakrzepowem zapaleniu żył, odleżynach, wrzodziejącym nowotworze, przewlekłych ropieniach uszu i po zapaleniu dróg żółciowych. U ludzi cierpiących z powodu zmian gruczołu krokowego dochodzi często do sepsis dróg moczowych. Zarazki najczęstsze powodujące to cierpienie są następujące: łańcuszkowce, gronkowce i Bacterium coli. Utajone posocznice nie są również rzadkością. Objawy w przebiegu tego cierpienia zależą od punktu wyjścia sprawy chorobowej. Znane są następujące postacie tego cierpienia: 1° posocznica jako obraz starczego wyniszczenia z szybką utratą sił bez miejscowych objawów; 2° gwałtowna posocznica z ciężkiemi objawami zatrucia z upadkiem sił i osłabieniem serca. W przebiegu tej postaci obserwujemy niezawsze ciepłotę podwyższoną, często natomiast zamroczenia, oraz śpiączkę. Obfite naloty na śluzówkach i języku uzupełniają ciężki obraz. Śmierć następuje po kilku dniach; 3° posocznica z dróg moczowych. Ostry i podostry stan gorączkowy, tworzy się po uszkodzeniach narządów moczowych (kateteryzacja). Choroba zaczyna się dreszczami, wysoką ciepłotą, burzliwemi ogólnemi objawami, które po kilku godzinach ustępują, wywołując bardzo silne poty, następnego dnia powtarza się to samo, ustępując już tym razem powoli. Postać przewlekła tego cierpienia przebiega, bądź z niską, bądź z wysoką ciepłotą. Często objawy ze strony dróg moczowych ustępują na drugi plan, a na czoło cierpienia wysuwają się objawy ze strony przewodu pokarmowego. Następuje zupełna utrata łaknienia, chory skłonny jest do częstych wymiotów, występuje uczucie ucisku w okolicy żołądka i czasem uporczywa biegunka. Język jest suchy i obłożony, ilość śliny jest zmniejszona, Na języku i wargach tworzą się pęknięcia, a na śluzówkach soor. Chory staje się zdenerwowany, apatyczny, cierpi na bezsenność, nie stwierdza się zaś objawów podrażnienia ruchowego ani porażeń. Przy dłuższym trwaniu sprawy rozwija się wyniszczenie z ziemistem zabarwieniem skóry.

4° przewlekłe postacie cechują się podskokami ciepłoty co kilka dni, podczas których występują pojedyncze lub wielostawowe obrzęki, które w cięższych przypadkach zwykle ulegają zropieniu. Często dochodzi do bakteryjnego Endocarditis ze zmianami na zastawkach sercowych. Przy dłuższym trwaniu tej sprawy wytwarzają się embolje w różnych narządach. 5° posocznica w przebiegu nowotworów. Często się zdarza, że objawy posocznicy są pierwszą oznaką, że dany osobnik cierpi na nowotwór. Najczęściej jednak objawy posocznicy występują późno, kiedy dana osoba już dawno wie o swem cierpieniu nowotworowem. Zjawia się wówczas gorączka, dreszcze, szybka utrata sił, oraz wygląd septyczny. Rokowanie i leczenie. Posocznica jest w wieku starczym bardzo poważnym cierpieniem, jednak nie każda postać jest beznadziejna. Posocznicę ze strony dróg moczowych można często racjonalnem leczeniem wyleczyć. Zrozumiałem jest, że jeżeli dochodzi do zropienia, wymagany jest zabieg chirurgiczny (Paranephvitis Czyrak, gangrena kończyn). Podtrzymanie akcji serca środkami nasercowemi jest w każdym przypadku koniecznem. Na odżywienie należy baczną uwagę zwrócić. Z leków aptekarskich nie wiele należy oczekiwać. Najczęściej używane jest srebro koloidowe dożylnie (Collargol 5.0, lub Unguentum Credé). Trypaflavin mało skutkuje, tak samo mało skutkują wieloważne szczepionki. Czasami dobre skutki się widzi po dożylnem wlaniu 40% urotropiny.

KILKA UWAG O POSTĘPOWANIU LECZNICZEM OGÓLNEM W CHOROBACH ZAKAŻNYCH WIEKU *DZIECIĘCEGO*.

Na czele leczenia przeciwgorączkowego stoją zabiegi wodolecznicze. Do nich należą zabiegi ochładzające w postaci okładów z wody pokojowej na klatkę piersiową, lub na cały tułów. Okłady te winny być często zmieniane. Na taki okład mokry kładziemy większy suchy wełniany. Im częściej zmieniamy okład, tem działanie ochładzające ustroju jest skuteczniejsze. Przerwanie tych zabiegów jest wskazane przy zjawieniu się dreszczów, sinicy i krytycznym spadku ciepłoty. W tych przypadkach należy nacierać skórę suchym ręcznikiem lub wysmarować chorego spirytusem gorczycznym aż do zaczerwienienia i ocieplenia się skóry. Bardziej oszczędzająco działają kąpiele, zaczynamy od temperatury 35°C i podczas kąpieli dolewamy zimną wodę, aż temperatura wody spadnie do 30°C (u niemowląt nigdy poniżej 34°C). Kąpiel powinna trwać w zależności od stanu ogólnego od 5—10 minut. Temperatur niższych w kąpieli nie używamy, gdyż są źle znoszone. Wyżej wymienione zabiegi mają zastosowanie tylko u silniejszych dzieci. U niemowląt i u słabych dzieci celem obniżenia ciepłoty ciała stosujemy okłady, owijania, oraz gorące kąpiele zaczynając od 38°C wody, dolewając gorętszej, aż do 40°—41°C. Kąpiel

może trwać 10—15 minut, pod koniec kąpieli, celem podrażnienia naczyń skórnych stosujemy oblewania chłodniejszą wodą (25°—28°C), a podczas kąpieli chłodne kompresy na główkę.

Leczenie środkami aptekarskiemi celem zwalczenia gorączki schodzi na plan drugi wobec leczenia hydropatycznego. Na początku choroby, najczęściej przy grypie można spróbować zwalczyć gorączkę środkami napotnemi, jak naprzykład Aspiryna (0,2—0,5 w jednorazowej dawce). W innych cierpieniach zarówno i w grypie w dalszym jej przebiegu jest to zupełnie bez skutku. Przy przewlekających się sprawach gorączkowych, można zalecić jeden z preparatów chinowych, Chininum hydrochloricum, Euchinin, Aristochin (na dawkę tyle centigramów, ile dziecko ma miesięcy i tyle decigramów ile lat) lub Pyramidon (0,05—0,2) kilka razy dziennie.

Djeta.

1° — U niemowląt. Każda choroba gorączkowa może spowodować pareuteralne zaburzenie w odżywieniu. Sztucznie odżywiane dzieci, szczególnie te z obfitą dietą węglowodanową, częściej zapadają, aniżeli dzieci karmione piersią lub na djecie trudno fermentującej jak n. p. na mleku białkowem.

Wskazane jest zatem, przy wysokiej lub przewlekającej się gorączce u wszystkich sztucznie odżywionych skłonnych do dyspepsyj i słabych niemowląt, natychmiastowe wprowadzenie mleka białkowego lub preparaty pochodne. Jeśli zaś mamy do czynienia z brakiem apetytu jak to zwykle ma miejsce u gorączkujących należy zastosować skoncentrowane mieszanki jak zasmażka lub papkę na pełnem mleku. Przy ostrożnym dodawaniu cukru nie należy się obawiać zaburzeń dyspeptycznych, ale zato nie mamy dużych spadków na wadze. Po tych mieszankach skoncentrowanych pozwalamy dzieciom herbatą popić.

Przy uporczywem nieprzyjmowaniu pokarmów chwytamy się nawet karmienia sondą. Jeśli zaś zjawiają się przytem objawy poważniejszej dyspepsji (bladość, utrata na wadze, wymioty, biegunka) zalecamy natychmiast głodówkę, oraz dalsze postępowanie według zasad przyjętych przy ostrych zaburzeniach w odżywianiu. U starszych niemowląt skutecznie działają w tych przypadkach tak zwane „dnie cukrowe". Nie rzadko wywierają dobry wpływ na przebieg gorączki.

Podajemy pierwszego dnia 300—400 gramów 12% cukru odżywczego, drugiego i trzeciego dnia taksamo, w następnych dniach stopniowo zamienimy dania „cukrowe" maślanką lub mlekiem białkowem lub też inną mieszanką w zależności od stanu chorego.

2° — Starszym dzieciom zalecamy w pierwszych dniach podwyższonej ciepłoty, aż do ustalenia się rozpoznania „niewinną dietę": herbata, klej, mleko (z dodatkiem herbaty, kawy zbożowej, kakao, mąki, żółtka lub

cukru). Można też podać mleko w stanie surowym, jeśli pochodzi ze zdrowego bydła, lub też przyrządzić z niego maślankę, Yogurt i kefir. Bardzo ważnem jest również przy przejściowych stanach gorączkowych podawanie dostatecznej ilości płynów w postaci słabej herbaty, limonjady (½ cytryny na ½ litra wody z 2-ma łyżeczkami cukru), sok pomarańczowy, wody mineralne i t. p.

Jeśli cierpienie nie wymaga tak skąpej djety, to zwykle po kilku dniach przechodzimy do bardziej odżywczej djety, gdyż na tej dziecko głodziło się. Prócz mleka zalecamy wówczas: papkę ryżową na pełnem mleku, kaszę, kartofle, keks, bułki, sok mięsny, dobrze zmielone mięso, galaretki owocowe, pudingi, kompoty, masło i t. p. Jeśli przewód pokarmowy sprawnie działa, dodajemy również dobrze roztarte jarzyny.

Należy jeszcze pamiętać, że dzieci podczas przejściowych spraw gorączkowych tracą apetyt nietylko na czas cierpienia, lecz dość często na długo po przebytem cierpieniu, w tych przypadkach nie trzeba używać przymusu, lecz stopniowo i ostrożnie powiększać racje pożywienia.

Jotes.

Różne referaty.

G. DESGEORGES. **Kamica żółciowa i kolibacylloza** (Arch. des Mal. de l'App. Dig et des Mal. de la Nutr t. XIX, Nr. 9).

Kolibacylloza jest sprawą bardzo częstą, choć rzadko rozpoznawaną, gdyż posiewy ze krwi wypadają dodatnio tylko wtedy, gdy we krwi krąży dużo bakteryj, lub gdy są one dość zjadliwe. Do powstawania kolibacyllozy przyczyniają się wszystkie stany, prowadzące do uszkodzenia śluzówki jelit lub zwiększenia się zjadliwości bakteryj. a więc: zastój kału, pasorzyty jelitowe, opadnięcie trzew, zrosty, przewlekłe zapalenia wyrostka robaczkowego, ciąża (wskutek zastoju kału), zewnętrzne zakażenia pokarmowe i t. p. Bakterje przechodzą przez śluzówkę jelit przeważnie na wysokości kątnicy i okrężnicy wstępującej i przenikają nie do rozgałęzień żyły wrotnej, lecz przez naczynia chłonne i przewód piersiowy do dużego krwiobiegu. Bakterje te (prątek okrężnicy oraz **enterococcus**) tylko wtedy dają obraz posocznicy, gdy są bardzo zjadliwe; bywa to jednak rzadko. Zwykle przebywają one we krwi krótko, a te z nich, które unikną sfagocytowania, wydalają się przez nerki i wątrobę. Stąd częstość zakażeń dróg moczowych i żółciowych prątkiem okrężnicy. Dlatego też nie należy lekko traktować stwierdzonej bakterjurji, choćby posiew ze krwi wypadł ujemnie. W tych przypadkach należy też przypuszczać współistnienie bakterjocholji. Bakterjurja masowa zależy od zakażenia dróg moczowych, dyskretna i przemijająca od przedostawania się bakteryj do krwi i ich wydalania z moczem. Tej dyskretnej bakterjurji towarzyszy zwiększanie się zawartości cholosteryny we krwi, takie, z jakiem spotykamy się w kamicy żółciowej. Z 70 osób, u których istniały objawy autointoksykacji jelitowej, znalazł

autor u 62 hipercholesterynemję. Ta hipercholesterynemja wraz z wydalaniem się z żółcią bakteryj mogących wywołać zapalenie pęcherzyka żółciowego, stwarza warunki do powstania kamicy. Za takiem pochodzeniem kamicy żółciowej przemawia jej częstość, przeważne występowanie u kobiet (u których też przeważnie spotyka się zakażenie prątkiem okrężnicy), sprzyjające działanie ciąży przez zastój kału, częste stwierdzanie prątków duru brzusznego, a zwłaszcza okrężnicy w ich moczu. Odwrotnie, większość (93, 4%) osób, w których moczu znaleziono prątki okrężnicy, cierpi na zapalenie pęcherzyka żółciowego i kamicę żółciową. Pojęcie bakterjemji z jelitowym punktem wyjścia wyjaśnia więc zupełnie całokształt obrazu kamicy żółciowej.

Henryk L a n d a u.

M. BOIGEY. **Uwagi o składzie potu i roli leczniczej potów.** (Bull. de l'Acad de Med. t. C. II, Nr. 42).

U 11 chorych na kamicę nerkową w wieku 50 — 51 lat z lekką azotemją, poddanych umiarkowanym, dostosowanym do ich sił ćwiczeniom fizycznym, mocznik potu był tak obfity i stężony, że wykrystalizowywał się na powierzchni skóry. Mocznik we krwi wynosił przed ćwiczeniami 0,42 — 0,61%, podczas ćwiczeń podnosił się do 0,68—0,72% (wyjątkowo do 0,81%), w godzinę po ćwiczeniach obniżał się do 0,40 — 0,54%.

U 5 cukrzyczych podczas ćwiczen cukier wydzielał się w dużej ilości z potem, przy tem w stężeniu, przewyższającem jego stężenie w moczu.

U 8 dnawych kwas moczowy pokrywał kryształami szarpie z bawełny wodochłonnej, przepojone potem.

Dwaj chorzy z cystynurją wykazywali na bawełnianych koszulach kryształy cystyny. Młodzi ludzie wykazywali znaczne wydzielanie kwasu mlecznego z potem. Ilość chlorków w pocie, wynosząca w spoczynku 1,45% dochodziła a nawet przewyższała 3,37% w czasie ćwiczeń.

Kwaśny przy badaniu lakmusem pot na początku ćwiczeń po paru minutach stawał się obojętny, a przy dłuższem trwaniu ćwiczeń zasadowych. Przez picie wód alkalicznych (np. Vichy) pot staje się zasadowy.

Pot dnawych zawiera dużo mocznika, amoniaku (pochodzącego z rozkładu mocznika) i fosforanów.

Pięćdziesięcioletni ludzie, dręczeni nerwobólami, hipertonicy z zawrotami i bólami głowy, ludzie, prowadzący siedzący tryb życia, doprowadzeni do względnej niedomogi swych mięśni, czują się lepiej, a nawet pozbywają się swych dolegliwości pod wpływem regularnie codziennie wywoływanych potów.

Gruczoły potowe przedstawiają więc rozległy narząd wydzielniczy, który należy umieć uruchomić. Pobudzić czynność tego narządu można za pomocą łaźni parowej o temperaturze 55%, która wywołuje obfite pocenie w drodze odruchowej, lub zapomocą pieszych spacerów, umiarkowanych ćwiczeń fizycznych, które łatwo dostosować do możliwości fizjologicznych i sił każdego.

Współczynnik pototoksyczny jest wyższy dla potu podczas ćwiczeń fizycznych, niż dla potu w łaźni, gdyż pierwszy zawiera więcej składników stałych. Łaźnia odwadnia ustrój ludzki, umiarkowane ćwiczenia fizyczne odtruwają go.

Henryk L a n d a u.

F. BASCH. **Przyczynki do czynnego uodpornienia przeciw błonicy.** (Wien. kl. Woch. kl. Nr. 15. 1930 r.).

W czasie czynnego uodporniania przeciw błonicy może wystąpić, choć przypuszczalnie tylko bardzo rzadko, faza ujemna W r i g h t a, t. j. okres zmniejszonej odporności ustroju wskutek spadku ilości przeciwciał. Z tego wynika, iż w zagrożonem środowisku nie należy możliwie uodparniać czynnie, zanim przedtem nie uodporniono biernie. Wypływa też z tego konieczność szczepienia dzieci z ujemnym odczynem S c h i c k a, albowiem znajdują się między niemi, jak to wykazuje ujemna faza, i takie, których odporność jest tylko nieznacz-

na. Należy ufać, że w ten sposób uda się zmniejszyć liczbę odpornych nosicieli prątków.

Zdolność i szybkość wytwarzania ciał odpornościowych przez ustrój podczas czynnego uodparniania przeciw błonicy przebiega równolegle do wysokości indywidualnego posiadania przeciwciał przed szczepieniem.

Jeśli jednocześnie szczepienie bierne i czynne zostało odrzucone, jako mało skuteczne, to jednak należy stwierdzić, że wykonanie biernego uodpornienia i następcze po upływie 14 dni czynne uodpornienie za pomocą maści przedstawia kombinacje, przy której całkowicie ujawnia się celowość pierwszego, nie upośledzając w najmniejszym stopniu skuteczności drugiego.

Metoda maściowa Loewensteina zasługuje ze względu na swą wykonalność na jak najrozleglejsze rozpowszechnienie. Ze względu jednak na to, że daje ona pewny wynik tylko w 70% przypadków, konieczna jest w każdym przypadku kontrola szczepienia za pomocą odczynu Schicka i w razie potrzeby dodatkowe szczepienie.

Henryk Landau.

K. URBAN. **W sprawie raka wodnego.** (Wien .kl. Woch. Nr. 15/1930).

U chorej z przewlekłą białaczką limfatyczną w cztery dni po usunięciu dwuch dolnych trzonowców wystąpiło bolesne obrzmienie i zaczerwienienie policzka z gorączką do 39o. Poza lekkim nieżytem oskrzeli i umiarkowanem powiększeniem wątroby i śledziony, w narządach wewnętrznych zmian nie znaleziono. Rany po usuniętych trzonowcach były pokryte brudnemi nalotami. Mocz zawierał ślady białka. Po 5 dniach w środku obrzmienia policzka wystąpiło czarne miejsce, które się stopniowo powiększało, a w jamie ustnej rozwinęło się pokostowate wrzodziejące zapalenie jej śluzówki. Badanie bakterjologiczne wykazało krętki i spirylle. We krwi liczba białych ciałek wahała się od 60.000 do 90.000, w tem 90 proc. limfocytów. Martwica szybko postępowała, i chora, mimo leczenia, na dziesiąty dzień zmarła. Badanie histologiczne wykazało martwicę naskórka, skóry właściwej i tkanki tłuszczowej podskórnej, nacieki leukocytarne i okrągłokomórkowe skóry; skrawki, barwione metodą Levaditti'ego, wykazały masy impregnowanych srebrem spiryll i pałeczek wrzecionowatych.

Spowodowane przez przewlekłą białaczkę limfatyczną ogólne wyczerpanie ustroju, wyrażające się w spadku wagi, osłabieniu, zawrotach głowy i t. d., i jako miejscowy bodziec i czynnik wyzwalający usunięcie zębów z następczem wrzodziejącem i martwiczem zapaleniem dziąseł i śluzówki jamy ustnej doprowadziły do powstania raka wodnego. Wskutek upośledzenia stanu ogólnego chorej leczenie salwarsanem i 8 proc. rozczynem siarczanu miedzi pozostało bez skutku. Zły stan ogólny chorej nie pozwolił na wykonanie doszczętnego zabiegu chirurgicznego.

Henryk Landau.

Fr.LICKINT. **O wpływie tytoniu i dymu tytoniowego na narząd słuchu i aparat przedsionkowy.** (Z. f. Hals. Nas. u. Ohr., t. 25, z. 3).

Tytoń wywiera ujemny wpływ na wszystkie części składowe ucha. Działać on może szkodliwie bezpośrednio w postaci stałej lub jako dym tytoniowy, albo też pośrednio drogą krwi, drażniąc toksynami (nikotyna, związki pirydynowe i in.) naczynia i nerwy.

U palaczy tytoniu stwierdza się niekiedy nadmierne wytwarzanie się woszczku w zewnętrznym przewodzie słuchowym. Częste są schorzenia trąbki słuchowej, stojące w związku z nadużywaniem tytoniu. Nieżyty gardzieli przechodzą łatwo na trąbkę słuchową, a w dalszym ciągu na jamę bębenkową. Nietylko częste są nieżyty przewlekło ucha środkowego, lecz niekiedy powstają sprawy ropne jamy bębenkowej, jako wynik dostania się zarazków wraz z cząsteczkami tytoniu poprzez trąbkę słuchową.

Tytoń atakuje również ucho wewnętrzne.

Toksyczne zapalenia nerwów słuchowych na tle zatrucia nikotyną są dobrze znane.

W odróżnieniu od nich spostrzegano jednakże schorzenia czysto nerwowe ucha środkowego (**otalgja nervosa,** nerwice ruchowe).

Częste są zaburzenia błędnikowe, powstające wskutek zmian naczyniowych, wywołanych nikotyną (głuchota angioneurotyczna, przekrwienie błędnika). Niekiedy stwierdza się w zatruciu tytoniem objawy, wskazujące na zajęcie narządu przedsionkowego (zawroty błędnikowe, oczopląs, zespół M e n i é r e a).

J. T e n c e r.

Uregulowanie warunków pracy w Kasach Chorych.

Warszawa 9.VIII.1930 r.
ul. Złota 30.

OKRĘGOWY
ZWIĄZEK KAS CHORYCH
W WARSZAWIE

P r z e d m i o t:
W sprawie projektu
umowy z felczerami.

OKÓLNIK Nr· 52/30.

Do

Zarządów i PP. Komisarzy Kas Chorych, należących do Okręgowego Związku Kas Chorych w Warszawie.

Okręgowy Związek Kas Chorych w Warszawie uznając za konieczne unormowanie warunków pracy i płacy felczerów, pracujących w Kasach Związkowych, rozsyła niniejszem wytyczne dla umów z felczerami z zaleceniem wprowadzenia ich w życie. Wytyczne te zostały ustalone przez Związek w myśl i zaleceń pisma Okręgowego Urzędu Ubezpieczeń w Warszawie z dnia 22 maja 1930 r. Nr. 5031/III.

Dyrektor
(*podpis nieczytelny*)

w.z. Komisarz
(–) *Dr. Stawiński*

1 załącznik.

U M O W A R A M O W A.

Zbiór zasadniczych wytycznych do umów indywidualnych, zawieranych przez Kasy Chorych z felczerami.

I. ZASADY OGÓLNE.

1. Umowa niniejsza ustalona przez Okręgowy Związek Kas Chorych w Warszawie z Zarządem Głównym Centralnego Związku Felczerów Rzeczypospolitej Polskiej dotyczy Kas Chorych należących do wyżej wymienionego Związku z jednej strony, z drugiej zaś wszystkich felczerów, pracujących w Kasach Chorych tego Związku.

Umowa ramowa zostaje akceptowana przez Zarządy Związkowych Kas Chorych na czas określony w p. 3 — I rozdziału.

2. Za felczera uważa się tylko taką osobę, która ma prawo wykonywania czynności felczerskich i została zarejestrowana przez właściwe do tego władze państwowe (Ministerstwo Spraw Wewnętrznych) w myśl obowiązujących w tej mierze przepisów prawnych.

3. Umowa niniejsza obowiązuje trzy lata. Zastosowanie prawne umowy rozpoczyna się z chwilą jej podpisania, o ile chodzi o Okręgowy Związek Kas Chorych, zaś z chwilą zaakceptowania umowy przez Zarząd Kasy, o ile chodzi o Kasy Związkowe. Obie strony obowiązuje 6-miesięczny termin wypowiedzenia przed upływem jej wygaśnięcia. Rozwiązanie wcześniejsze niniejszej umowy może nastąpić na podstawie obopólnego porozumienia.

4. Zatargi wynikłe na tle umowy o pracę między Kasą Chorych a pracującymi w niej felczerami rozstrzyga Okręgowy Związek Kas Chorych na podstawie porozumienia z Zarządem Głównym Centralnego Związku Felczerów Rzeczypospolitej Polskiej w Warszawie.

5. Kasy Chorych, należące do Okręgowego Związku Kas Chorych w Warszawie obowiązane są zgłaszać wszystkie wolne miejsca felczerów do Okręgowego Związku Kas Chorych w Warszawie i angażować na te stanowiska felczerów zarejestrowanych przez władze państwowe. Pierwszeństwo w otrzymaniu posad w Kasach będą mieli felczerzy, należący do Centralnego Związku Felczerów Rzeczypospolitej Polskiej w Warszawie.

6. W miejscu mniej korzystnych warunków pracy i płacy, zawartych w indywidualnych umowach o pracę obowiązują przepisy niniejszej umowy.

II. CZAS PRACY.

1. Czas pracy felczera w Kasie Chorych nie może przekraczać 7 godzin dziennie, z wyłączeniem niedziel i świąt kalendarzowych. Poza godzinami wyżej ustalonemi w razie potrzeby felczer obowiązany jest do dalszej pracy za oddzielnem wynagrodzeniem o 50% wyższem. W nagłych wypadkach felczer może być zatrudniony w niedzielę i święta za specjalnem, jednak nie miejszem jak o 100% od normalnego wynagrodzeniem. Nie dotyczy to kolejnych dyżurów w niedzielę i święta, za które to pobierają o 50% wyższe od normalnego — wynagrodzenie.

Czas pracy felczera może wynosić mniej niż 7 godzin i wtedy w razie przekroczenia godzin umówionych, lecz nie wynoszącego ponad 7 godzin dopłata 50% nie obowiązuje Za czas pracy uważa się czas, w którym felczer pozostaje do dyspozycji Kasy Chorych.

Jeżeli praca felczera nie zapełnia mu całego czasu pracy, Kasa może przydzielić felczerowi pracę dodatkową, odpowiadającą jego uzdolnieniom i kwalifikacjom.

2. Do obowiązków felczera należy wypełniać wszelkie zlecenia lekarzy, wchodzące w zakres lecznictwa oraz nieść pomoc choremu w myśl przepisów Ustawy z dnia 1 lipca 1929 r. (Dz. U. R. P. Nr. 64/21 poz. 396),

Uwaga: płaca za nadliczbowe godziny może być zryczałtowana z zachowaniem przepisów wyłuszczonych w dziale II § 1.

III. WYNAGRODZENIE.

1. Wynagrodzenie felczerów za każdą godzinę nie może wynosić mniej aniżeli 50% wynagrodzenia za

takąż godzinę lekarzy najmłodszych, pracujących w Kasie Chorych, o ile lekarze w danej Kasie otrzymują wynagrodzenie według kategorji płac, zależnych od lat zawodowej pracy lekarskiej. Wynagrodzenie felczerów w Kasach, w których lekarze otrzymują płace równe, niezależne od lat pracy zawodowej, stanowi 35% płacy lekarzy. Płace za godziny nadliczbowe reguluje § 1 Dział II (czas pracy).

2. Za wszystkie inne czynności spełniane przez felczera, a nie związane z jego specjalnością zawodową, felczer otrzymuje osobne wynagrodzenie według obopólnego porozumienia, o ile pracę tę wykonywa po obowiązkowych godzinach pracy felczerskiej.

3. Normalne wynagrodzenie felczerzy otrzymują w terminach, w których Kasa wypłaca personelowi leczniczemu, zaś za godziny nadliczbowe w ostatnim dniu miesiąca po dokonaniu obliczenia zdołu.

4. Felczerzy narówni z innymi pracownikami Kasy otrzymują zwrot kosztów za kształcenie dzieci.

5. Przy udzielaniu przez felczerów pomocy leczniczej ubezpieczonym w ich mieszkaniach, Kasa Chorych dostarcza środków lokomocji lub zwraca ich koszty rzeczywiste, o ile przestrzeń od siedziby Kasy do mieszkania chorego wynosi ponad 1½ klm.

IV. UBEZPIECZENIE.

1. Każdy felczer winien być obowiązkowo ubezpieczony w Zakładzie Ubezpieczeń Pracowników Umysłowych narówni z innymi pracownikami Kasy Chorych.

2. W razie stwierdzenia przez kasowego lekarza niezdolności do pracy, wynikającej z choroby, felczer otrzymuje w ciągu 3 miesięcy pełne normalne wynagrodzenie, stosownie do ostatniego miesiąca pracy, w następnych miesiącach według zasad umowy z lekarzami oraz przez cały czas trwania choroby pomoc lekarską, przyczem Kasa Chorych udziela świadczeń wyżej wymienionych przez czas określony ustawą.

3. W razie śmierci felczera, Kasa Chorych pozostałym po nim, będącym na jego utrzymaniu żonie względnie wstępnym lub zstępnym wypłaca odprawę w wysokości przewidzianej dla lekarzy w umowie Kasy z lekarzami.

V. URLOPY.

1. Felczerzy Kasy Chorych po przepracowaniu jednego roku korzystają z jednomiesięcznego płatnego urlopu wypoczynkowego. W wyjątkowych wypadkach Kasa może strzymać urlop feczerowi, i wtedy Kasa winna wypłacić mu dodatkowe wynagrodzenie, odpowiadające pełnemu zarobkowi felczera za ostatni miesiąc pracy.

VI. STOSUNEK WZAJEMNY.

1. Obie strony obowiązują się do przestrzegania niniejszej umowy i dobrego traktowania interesów stron zawierających umowę.

VII. ROZWIĄZANIE UMOWY INDYWIDUALNEJ.

1. Indywidualna umowa może być rozwiązana za 3-miesięcznem wymówieniem ze strony Kasy Chorych, a jednomiesięcznem ze strony felczerów.